

200 17 974 UV
GRD/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen
p.A. Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19-23,
4103 Bottmingen
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2017 (11.15.04155-8)



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihren Arbeitgeber bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie am 11. Juli 2015 mit dem Velo unterwegs war und sich an der rechten Schulter verletzte (Akten der Helvetia, Antwortbeilage [AB] UM). Am 28. Oktober 2015 unterzog sich die Versicherte einem operativen Eingriff an der besagten Schulter (Schulterarthroskopie mit Tendinopathie der langen Bicepssehne und Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne und subacromialer Dekompression; AB M17). Mit Verfügung vom 15. Juni 2016 lehnte die Helvetia ihre Leistungspflicht ab, da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung im Rechtssinne vorliege (AB K25). In Gutheissung einer hiergegen erhobenen Einsprache (AB K29) hob sie diese Verfügung mit Entscheid vom 26. Oktober 2016 (AB K31) auf. Sie führte zusammenfassend aus, das Vorliegen eines sinnfälligen Ereignisses wie auch einer Verletzung gemäss aArt. 9 Abs. 2 lit. f UVV seien zu bejahen, womit ein versichertes Ereignis gegeben sei und eine grundsätzliche Leistungspflicht bestehe (AB K31).

In der Folge holte die Helvetia eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes vom 4. April 2017 ein (AB M30). Gestützt darauf stellte sie mit Verfügung vom 13. April 2017 die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mangels Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Schulterbeschwerden rechts und dem Ereignis vom 11. Juli 2015 ab 28. Oktober 2015 ein (AB K49). Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB K56, K62) mit Entscheid vom 3. Oktober 2017 fest (AB K72).

B.

Mit Eingabe vom 3. November 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Sie beantragt, der Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2017 sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlichen

Leistungen auszurichten; eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen und es sei erneut über die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen zu entscheiden.

In der Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 17. Januar 2018 reichte die Beschwerdeführerin die Honorarnote ein und nahm zugleich unaufgefordert zur Beschwerdeantwort Stellung. Am 19. Januar 2018 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin ein Doppel dieser Eingabe zu.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2017 (AB K72). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre

Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. Juli 2015 zu Recht ab 28. Oktober 2015 eingestellt hat und dabei insbesondere, ob zwischen den weiterhin geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 11. Juli 2015 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Es wird ein Ereignis vom 11. Juli 2015 geltend gemacht (AB UM), womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles, einer Berufskrankheit oder einer unfallähnlichen Körperschädigung voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG; aArt. 9 Abs. 2 UVV).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt im Weiteren einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts "conditio sine qua non" war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes

auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat mit in Rechtskraft erwachsenem Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 das Ereignis vom 11. Juli 2015 als tatbeständlich im Sinne von aArt. 9 Abs. 2 lit. f UVV und damit ihre grundsätzliche Leistungspflicht anerkannt (AB K31). Uneins sind sich die Parteien demgegenüber hinsichtlich der verfügten (AB K49) und mit Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2017 bestätigten zeitlichen Befristung

der Leistungspflicht per 28. Oktober 2015 (AB K72) und damit der Frage, ob die natürliche Kausalität zwischen den weiterhin von der Beschwerdeführerin beklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden, welche eine Operation am 28. Oktober 2015 zur Folge hatten (vgl. AB M25), und dem Ereignis vom 11. Juli 2015 weggefallen ist. Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.3.1 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Die Arthro-MR-Untersuchung der rechten Schulter vom 18. September 2015 zeigte einen Abriss der Supraspinatussehne mit Retraktion von ca. 2 cm (Grad 2), eine leichte Muskelatrophie, keine fettige Degeneration und einen Längsriss der Infraspinatussehne. Weiter offenbarte sie eine leichtgradige Tendinose der langen Bizepssehne, eine moderate AC-Gelenksarthrose und einen partiell verschmälerten Subakromialraum (AB M13).

3.2.2 Am 28. Oktober 2015 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital C. _____ einer Schulteroperation rechts (Schulterarthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne und Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne [Speedbridge] sowie subacromialer Dekompression). Im Operationsbericht vom 13. November 2015 diagnostizierte der operierende Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Pulley-/SLAP-I-Läsion sowie eine Totalruptur der Supraspinatussehne und der cranialseitigen Infraspinatussehne (AB M25).

3.2.3 Im Sprechstundenbericht vom 6. Januar 2017 führte Dr. med. D. _____ aus, dass am 18. November 2016 eine BV-gestützte laterale, subacromiale Infiltration durchgeführt worden war. Aufgrund der beschwerdefreien Patientin mit nur noch minimaler Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks, ohne Einschränkung im alltäglichen Leben, erfolgte der Abschluss der Behandlung. Zusammenfassend bescheinigte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. Oktober 2015 bis 29. Februar 2016, von 75 % vom 1. März 2016 bis 31. März 2016, von

50 % vom 1. April bis 30. April 2016 und 0 % ab 1. Mai 2016 (60 % Stelle; AB M29).

3.2.4 Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin im Bericht vom 4. April 2017 als Diagnose eine degenerative Schulteraffektion rechts fest. Anlässlich der operativen Sanierung habe der operierende Chirurg eine Supraspinatussehne mit L-Ruptur und einer deutlich narbigen und degenerativen Veränderung im Bereich der Ruptur mit beginnender Delamination beschrieben. Diese narbigen Veränderungen sprächen für eine alte Läsion der Supraspinatussehne. Diese Vernarbungen würden sich nicht innerhalb weniger Wochen bilden. Gemäss der Arthro-MRI-Untersuchung habe die Versicherte multiple Tendinopathien auch im Bereich der Infraspinatussehne, der Subscapularissehne und der Bicepssehne; daneben auch eine mässige AC-Gelenksarthrose. Biomechanisch sei die intraoperativ gefundene Verletzung der Supraspinatussehne und der Bicepssehne nicht zu erklären. Experimentelle Untersuchungen hätten gezeigt, dass solche Verletzungen eine Kraffteinwirkung auf eine Schulter erfordere, die mindestens der Hälfte des Körpergewichts entspreche. Dies sei hier sicher nicht der Fall gewesen. Die im Arthro-MRI und intraoperativ gefundenen Läsionen seien überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur. Der Eingriff vom 28. Oktober 2015 sei eine Operation eines Vorschadens. Der Status quo sine sei ab Operationsdatum erreicht. Einfache Distorsionen einer Schulter bei deutlich vorbestehenden degenerativen Veränderungen heilten nach wenigen Wochen bis Monaten aus. Die Arthro-MRI-Befunde und der intraoperative Befund sprächen für ein degeneratives Schulterleiden, das schon seit Jahren bestehe (AB M30 S. 3 f.).

3.2.5 In der Stellungnahme vom 4. Juli 2017 führte Dr. med. D. _____ aus, da die operative Versorgung des Unfalls vom 11. Juli 2015 ca. 3.5 Monate später erfolgt sei, könnten narbige Veränderungen, wie im Operationsbericht beschrieben, auch im Rahmen des Heilungsprozesses nach stattgehabter Ruptur auftreten. Die operativ vorgefundene Synovitis als auch die Tendinopathie der rupturierten Sehnenanteile könnten als Ursache sowohl degenerative, traumatische als auch gemischt degenerative-posttraumatische Gründe haben. Einerseits hätten sich teilweise eher alter-

stypisch degenerative Veränderungen, wie z.B. der leicht sklerosierte Footprint-Bereich der Supraspinatussehne, gezeigt, andererseits hätten sich jedoch horizontale, intertendinöse Rupturkomponenten im Ansatzbereich, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit typischerweise traumatisch bedingt seien, dargestellt. Sicherlich sei das Ereignis vom 11. Juli 2015 ausschlaggebend für die Auslösung der Schulterbeschwerden gewesen, welche schlussendlich nach MR-tomographischer Abklärung zur operativen Behandlung geführt habe. Ob im Vorfeld bereits degenerative Veränderungen vorgelegen hätten, könne anhand des Arthro-MRI nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Ebenso wenig könne jedoch auch anhand der Bildgebung von einer rein traumatischen Ursache ausgegangen werden. Die Bildgebung zwei Monate nach dem Ereignis zeige eine klassische Totalruptur der Supraspinatussehne mit intertendinösen, horizontalen Rupturkomponenten, was eher für eine traumatische Läsion spreche. Ob hauptsächlich degenerative Veränderungen verantwortlich gewesen seien, könne nicht verifiziert werden. Die Aussage von Dr. med. E. _____, dass eine einfache Distorsion der Schulter zu einer raschen Heilung führe, sei korrekt. Jedoch die Aussage, dass diese auch bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen innerhalb von Monaten hätten abheilen müssen, könne nicht definitiv in dieser Form getroffen werden (AB M31 S. 1). Es gebe durchaus Verläufe, die ein schlechteres funktionelles Ergebnis ein Jahr posttraumatisch nach Behandlung aufzeigten. Des Weiteren sprächen gegen die Argumentation einer Operation eines degenerativen Vorschadens die sehr gute Zentrierung des Humeruskopfes und der gute Zustand der Rotatorenmannschettenmuskulatur. Bei länger vorbestehenden degenerativen Schäden oder einer länger vorbestehenden Ruptur der Supra- oder Infraspinatussehne in dieser Grösse und Ausdehnung komme es zu einer zunehmenden Dezentrierung des Humeruskopfes mit Entwicklung einer Cuff-Tear-Arthropathie sowie arthrotischen Veränderungen des Humeruskopfes. Zudem zeige sich bei länger zurückliegenden Rupturen der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne, eine zunehmende fettige muskuläre Atrophie und Degeneration mit fortgeschrittener Retraktion. Diese Merkmale seien jedoch im Arthro-MRI zwei Monate nach dem Ereignis nicht nachweisbar gewesen. Insofern sei mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von einer frischen Ruptur auszugehen. Ob im Vorfeld jedoch degenerative Partialrupturen der Sehnen ohne Re-

traktion vorgelegen und diese ausgedehnte Ruptur letztendlich begünstigt hätten, könne anhand der vorliegenden Dokumentation nicht beurteilt werden.

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stellte bei Erlass der Verfügung vom 13. April 2017 (AB K49) bzw. des Einspracheentscheids vom 3. Oktober 2017 (AB K72) auf die Einschätzung ihres beratenden Arztes Dr. med. E. _____ ab, wonach die im Arthro-MRI und intraoperativ gefundenen Läsionen überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur seien und der

Eingriff vom 28. Oktober 2015 eine Operation eines Vorschadens darstelle sowie der status quo sine ab Operationsdatum erreicht gewesen sei (AB M30 S. 3 f.).

Dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin kommt eine vergleichbare Stellung wie einem versicherungsinternen Arzt zu (vgl. E. 3.3 hiavor). Dies bedeutet, dass ergänzende Abklärungen durchzuführen sind, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Dies ist hier der Fall: Dr. med. E. _____ führt im Bericht vom 4. April 2017 aus, die anlässlich der operativen Sanierung der rechten Schulter beschriebenen narbigen Veränderungen sprächen für eine alte Läsion der Supraspinatussehne; diese Vernarbungen bildeten sich nicht innerhalb weniger Wochen (AB M30 S. 3). Dies leuchtet an und für sich ein und schliesst – isoliert betrachtet – einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 11. Juli 2015 (AB UM) und den weiterhin geklagten bzw. am 28. Oktober 2015 operativ angegangenen Schulterbeschwerden (AB M25) aus. Jedoch weist Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2017 ebenso überzeugend darauf hin, dass die Operation ca. 3.5 Monate nach dem Ereignis erfolgte und die im Operationsbericht beschriebenen narbigen Veränderungen im Rahmen des Heilungsprozesses nach stattgehabter Ruptur auftreten könnten. Ursache der operativ vorgefundenen ausgeprägten Synovitis als auch der Tendinopathie der rupturierten Sehnenanteile könnten sowohl degenerative, traumatische wie auch gemischt degenerativ-posttraumatische Gründe haben. Einerseits hätten sich alterstypisch degenerative Veränderungen wie der leicht sklerosierte Footprintbereich der Supraspinatussehne gezeigt, andererseits hätten sich horizontale, intertendinöse Rupturkomponenten offenbart, die mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt seien (AB M31 S. 1). Weiter erklärt der behandelnde Arzt plausibel, dass die sehr gute Zentrierung des Humeruskopfes und der gute Zustand der Rotatorenmanschettenmuskulatur gegen die Operation eines degenerativen Vorschadens sprächen, da bei länger vorbestehenden degenerativen Schäden oder einer länger vorbestehenden Ruptur der Supra- oder Infraspinatussehne es zu einer zunehmenden Dezentrierung des Humeruskopfes mit Entwicklung einer Cuff-Tear-Arthropatie (Defektarthropathie) sowie arthrotischen Veränderungen kom-

me. Zudem zeige sich bei länger zurückliegenden Rupturen der Rotatormanschette, insbesondere der Supraspinatussehne eine zunehmende fettige muskuläre Atrophie und Degeneration mit fortgeschrittener Retraktion. Entsprechende Merkmale seien im Arthro-MRI nicht nachweisbar, weshalb mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von einer frischen Ruptur auszugehen sei (AB M31 S. 2). Hierzu lassen sich dem Bericht des beratenden Arztes keine Angaben bzw. Einschätzungen entnehmen, weshalb der Einwand von Dr. med. D. _____ nicht ausgeräumt werden kann.

Mit Blick auf die gezeigte Ausgangslage ist festzuhalten, dass die fachärztliche Stellungnahme von Dr. med. D. _____ mit Bezug auf die relevante Frage der Kausalität der am 28. Oktober 2017 operativ behandelten Schulterbeschwerden zumindest geringe Zweifel (vgl. E. 3.3 hiavor) an der Schlüssigkeit und Beweiskraft der Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. E. _____ zu begründen vermag, zumal die Beweislast die Beschwerdegegnerin trägt. Unter diesen Umständen ist eine externe medizinische Begutachtung erforderlich (vgl. E. 3.3 hiavor.).

3.5 Nach dem Dargelegten kann auf die Einschätzung des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes nicht abgestellt werden. Damit hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2017 (AB K72) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache geht – entsprechend dem Eventualantrag (Beschwerde S. 2 I. Rechtsbegehren Ziff. 3) – zurück an die Verwaltung, damit sie den Sachverhalt extern weiter abklärt und anschliessend neu verfügt.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g

ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Die Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 17. Januar 2018 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 1'270.80 (Fr. 1'166.65 + Fr. 104.15) zuzüglich Fr. 68.70 Auslagen (Fr. 55.30 + Fr. 13.40) und Fr. 106.80 Mehrwertsteuer (Fr. 97.75 [8 % auf Fr. 1'221.95] + Fr. 9.05 [7.7 % auf Fr. 117.55]), somit auf total Fr. 1'446.30 (Fr. 1'319.70 + Fr. 126.60) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Helvetia vom 3. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'446.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.